

Liikunta lääkkeenä – toteutuuko liikuntaneuvonta perusterveydenhuol- lossa?

Kirjallisuuskatsaus

Piia Halme

Opinnäytetyö
Toukokuu 2020
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Halme, Piia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Toukokuu 2020
		Julkaisun kieli Suomi
	Sivumäärä 33+2	Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Liikunta lääkkeenä – toteutuuko liikuntaneuvonta perusterveydenhuollossa? Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Räsänen Riitta-Liisa, Seriola Leena		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Elintapasairauksien määrä on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana samalla, kun liikunnan määrä on vähentynyt. Vuonna 2019 350 000 suomalaista sairasti tyypin 2 diabetesta ja lähes 1,5 miljoonaa sai lääkekorvausta sydän- ja verisuonitauteihin. Liikuntaneuvonnalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksien kehittymistä ja hoitaa elintavoista johtuvia sairauksia. Sairaanhoidajalla on myös mahdollisuus varhaiseen puuttumiseen ja omahoidon ohjaukseen. Opinnäytetyössä selvitettiin, mitkä tekijät olivat yhteydessä sairaanhoidajan vastaanotolla annetun liikuntaneuvonnan toteutumiseen perusterveydenhuollossa.</p> <p>Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineistoksi valittiin perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaa koskevia englanninkielisiä vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita PubMed ja CINAHL -tietokannoista.</p> <p>Opinnäytetyö osoitti, että liikuntaneuvonnan toteutumiseen vaikuttavat monet tekijät. Potilailta kysyttiin usein liikkumisesta mutta sairaanhoidajilla ei kuitenkaan ollut riittävästi ammatillista tietoa eikä käytännön varmuutta liikuntaneuvontaan. Rajoittaviin tekijöihin lukeutui myös resurssien puute ja hoitoon huonosti sitoutuneet potilaat.</p> <p>Kohdentamalla enemmän resursseja sairauksien ennaltaehkäisyyn sairauksien puhkeamista voidaan ehkäistä varhaisessa vaiheessa sekä hidastaa liitännäissairauksien ilmaantuvuutta. Sairaanhoidajille tarvitaan myös lisäkoulutusta liikuntaneuvonnasta. Potilaan näkökulmasta sitoutuminen elintapamuutokseen edellyttää liikunnan hyödyllisyyden perustelua sekä konkreettisten ohjeiden antamista. Tunnistamalla liikuntaneuvontaan vaikuttavia tekijöitä voidaan vähentää toimintaan liittyviä esteitä ja parantaa liikuntaneuvonnan vaikutavuutta.</p>		
Avainsanat		
Liikuntaneuvonta, omahoidon ohjaus, perusterveydenhuolto		
Muut tiedot		

Author(s) Halme, Piia	Type of publication Bachelor's thesis	Date Toukokuu 2020
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 33+2	Permission for web publication: x
Title of publication Physical activity counselling as a medicine – will physical guidance work in primary care? A literature review.		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Räsänen Riitta-Liisa, Seriola Leena		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The number of lifestyle diseases has increased in recent decades while the amount of physical activity (PA) has decreased. In 2019, 350,000 Finns suffered from type 2 diabetes and almost 1.5 million received medicine reimbursement for cardiovascular diseases. PA counselling can be used to prevent the development of diseases and to treat lifestyle-related diseases. The nurse has the opportunity to provide early intervention and self-care guidance. The thesis investigated which factors were related to the implementation of PA counseling provided at the nurse's office in primary health care.</p> <p>The method of the thesis was a descriptive literature review. English peer-reviewed research articles on PA counseling by primary health care in the PubMed and CINAHL databases were selected as the material.</p> <p>According to the results, the implementation of PA counseling is influenced by many factors. Patients were often asked about moving, but nurses did not have sufficient professional knowledge or practical certainty for PA counseling. The limiting factors also included lack of resources and poorly committed patients.</p> <p>By allocating more resources to disease prevention, it is possible to prevent the onset of diseases at an early stage and to slow down occurrence of comorbidities. Nurses also need additional training in PA counseling. From the patient's point of view, commitment to lifestyle change requires justification of the usefulness of exercise and the provision of concrete instructions. By identifying the factors influencing PA counseling, it is possible to reduce operation-related restrictions and improve the effectiveness of PA counseling.</p>		
Keywords/tags Physical activity counselling, self-care guidance, primary care		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	3
2 Liikuntaneuvonta perusterveydenhuollossa	4
3 Liikunta sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa	5
3.2 Liikunta sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa	7
3.2.1 Tyypin 2 diabetes	7
3.2.2 Paksusuolen syöpä	8
3.2.3 Kohonnut verenpaine	9
3.2.4 Dyslipidemiat	10
3.2.5 Sepelvaltimotauti	10
3.2.6 Ääreisvaltimoiden ahtautuminen	12
3.3 Liikunnan vasta-aiheet ja liikuntakelpoisuuden arviointi	12
4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	14
5 Opinnäytetyön toteutus	14
5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä	14
5.2 Tiedonhakuprosessi	15
5.3 Valittu aineisto	17
5.4 Aineiston analysointi	18
6 Tulokset	18
6.1 Ohjausvalmiudet	19
6.2 Hoitomyöntyvyys	21
6.3 Resurssit	22
7 Pohdinta	23
7.1 Opinnäytetyön eettisyys	26
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	27

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	28
--	----

Lähteet	29
----------------------	-----------

Liitteet	34
-----------------------	-----------

Liite 1. Kirjallisuushaun valitut tutkimukset	34
---	----

Liite 2. Luokittelutaulukko.....	36
----------------------------------	----

Kuviot

Kuvio 1. Liikunnan mahdolliset vaikutukset sairauksien, oireyhtymien ja oireiden ehkäisyssä (e), hoidossa (h) tai kuntoutuksessa (k)	6
---	---

Kuvio 2. Liikunnan hyötyjen ja haittojen suhde	8
--	---

Kuvio 3. Liikuntakelpoisuuden arviointi.....	13
--	----

Kuvio 4. Kirjallisuushaun vaiheet.....	17
--	----

Taulukot

Taulukko 1. Hakulausekkeet ja haun rajaukset.....	16
---	----

1 Johdanto

Liikunta lääkkeeksi -teema on puhuttanut jo pidemmän aikaa terveydenhuollon toimijoita (Kivimäki 2018, 27). Elintavoista johtuvat sairaudet ovat lisääntyneet viimeisten vuosikymmenten aikana ja elämäntyyli on muuttunut passiivisemmaksi. Liikkumattomuudesta aiheutuvat suorat kustannukset terveydenhuollolle ovat yhtä suuret kuin tupakalla ja alkoholilla. Esimerkiksi kohonneen verenpaineen, seerumin kolesterolin, luukudoksen haurastumisen ja tyypin 2 diabeteksen kustannukset olivat vuonna 2005 yhteensä 1,053 miljardia euroa. Liikkumattomuudesta aiheutuvien vuosittaisten kustannuksien arvioidaan olevan 200-250 miljoonaa euroa. (STM 2008, 45.) Liikuntaneuvonta tunnistetaan tavoiteltavaksi asiaksi ja sen kehittämiseen on kiinnitetty huomiota (Kivimäki 2018, 27). Liikuntaneuvonnalla tarkoitetaan henkilökohtaisten mahdollisuuksien selvittämistä liikunnan lisäämiseksi. Liikuntaneuvonnassa liikunnalla on sekä ennaltaehkäisevä että korjaava tavoite. (Martikainen, Elomäki & Laatikainen 2018, 30.)

Liikunta nostettiin Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) linjauksissa vuonna 2013 keskeiseksi osaksi kansansairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Yhtenä tavoitteena oli elintapaohjauksen vahvistaminen perusterveydenhuollossa. Liikuntaneuvonnan taso kuitenkin vaihteli ja toimintatavat olivat kirjavia. Osa toimijoista näki liikuntaneuvonnan tavoitteellisena prosessina, kun taas toisille se tarkoitti tapahtumissa annettua ohjausta ja liikuntaryhmistä tiedottamista. Vuonna 2014 STM kehitti kunnille sovellettavaksi liikuntaneuvonnan palveluketjun, jonka tarkoituksena oli ohjata liikunnasta hyötyvät asiakkaat liikuntaneuvojan vastaanotolle. Samalla kuilu terveydenhuollon ja kaupungin liikuntapalveluiden välillä kaventui. Vähitellen liikuntaneuvonta on muokkaantunut toimintatavaksi, jossa otetaan huomioon myös muut elintavat. Tällä hetkellä voidaankin sanoa, että elintapaohjaus ja liikuntaneuvonta ovat erottamaton osa toisiaan: elintapaohjaus sisältää liikuntaneuvontaa ja liikuntaneuvonta sisältää elintapaohjausta. (Kivimäki 2018, 27.)

Vaikka liikunnan asema hoitomuotona on vahvistunut, käytännön esteet liikuntaneuvonnan toteuttamiseksi eivät ole kadonneet. Kaikki asiakkaat eivät halua

mennä liikuntaneuvojan vastaanotolle (Jansink ym. 2010). Liikuntaneuvonta on myös kohdennettu vain vähän liikkuville ja tyypin 2 diabetesta sairastaville tai korkean riskin asiakkaille. Perusterveydenhuollossa sairaanhoitaja on henkilö, joka tapaa säännöllisesti pitkäaikaissairauksiin sairastuneita asiakkaita ja on tunnistamassa niitä henkilöitä, joiden riski sairastua elintapasairauksiin on kasvanut. Koska terveydenhoidossa kiinnitetään jatkuvasti enemmän huomiota varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön, sairaanhoitajalla olisi hyvä olla valmius liikuntaneuvonnan antamiseen, sillä merkittävä osa sairauksista on seurausta elintavoista.

Aiemmissa tutkimuksissa on kartoitettu sairaanhoitajien valmiuksia antaa liikuntaneuvontaa (Aittasalo ym. 2016, 162-163). Muut tekijät ovat kuitenkin jääneet vähemmälle huomiolle. Liikuntaneuvonta ja elintapaohjaus eivät rajoitu ainoastaan sairaanhoitajan ja asiakkaan väliseen kohtaamiseen vaan siihen vaikuttavat myös ulkopuoliset tekijät. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää laajemmin näitä tekijöitä ja saada vastaus kysymykseen, mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan antaman liikuntaneuvonnan toteutumiseen perusterveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää sairaanhoitajan vastaanotolla annettavan liikuntaneuvonnan ongelmakohtien tunnistamisessa ja hoitotyön kehittämisessä.

2 Liikuntaneuvonta perusterveydenhuollossa

Terveydenhuollon työntekijät suhtautuvat liikuntaneuvontaan useimmiten myönteisesti. Silti liikuntaneuvonta toteutuu Suomessa vain osassa potilaskontakteja, joissa siihen olisi erityisiä perusteita ja neuvonnan toteuttamisessa on usein puutteita. Suurimpina esteinä liikuntaneuvonnalle työntekijät pitävät ajan rajallisuutta, puutteita osaamisessa sekä epävarmuutta neuvonnan vaikuttavuudessa. Neuvonnan yleisyyteen vaikuttavat lisäksi työntekijöiden ikä ja sukupuoli, liikunnan harrastuneisuus, työkokemuksen sekä hoitosuhteen kesto. Näiden tekijöiden vaikutusta liikuntaneuvonnan yleisyyteen ei kuitenkaan vielä tarkasti tunneta, sillä tutkimukset eivät ole olleet yhdenmukaisia. (Aittasalo ym. 2016, 162-163.)

UKK-instituutin vuonna 2010 toteuttamassa Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksissa -hankkeessa kartoitettiin lääkäreiden, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien antamaa liikuntaneuvontaa. Hankkeessa tarkasteltiin liikuntaneuvonnan osaamista, liikuntaneuvonnan toteuttamista ja sisällön monipuolisuutta, liikkumisreseptin tuntemista ja sen käyttöä, sektorirajat ylittävää yhteistyötä sekä liikuntaneuvonnan kirjaamista sähköiseen potilastietojärjestelmään. (Aittasalo ym. 2016, 163.) Alkutilanteessa noin joka kymmenes työntekijä vastasi oikein terveysliikuntaa koskeviin väittämiin ja joka kolmas koki tuntevansa liikunnan vaikutukset terveyteen. Viisi prosenttia koki, ettei heidän osaamisessaan ollut puutteita. Alkutilanteeseen nähden osaaminen lisääntyi 10-17 prosenttiyksikköä tutkimuksen edessä mutta muutos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (Aittasalo ym. 2016, 170.)

Poskiparran ja muiden (2004) mukaan terveydenhuollon henkilökunnalle tulisi luoda edellytykset liikuntaneuvonnan toteuttamiselle kehittämällä tietojärjestelmiä elintapamuutosten seurantaan varten sekä tarjoamalla täydennyskoulutusta.

3 Liikunta sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa

”Liikunta on tehokas, turvallinen ja taloudellisesti edullinen keino edistää ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä.” (Alen & Rauramaa 2005, 30).

Liikuntalääketiede arvioi terveyden ja liikunnan välisiä yhteyksiä. Näitä tietoja käytetään kansanterveyshoitotyössä sekä kliinisessä toiminnassa terveyden edistämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi, hoitamiseksi ja kuntouttamiseksi. Viime vuosikymmenien aikana liikuntalääketiede on kehittynyt omaksi alakseen, kun liikunnalla on osoitettu olevan vaikutusta suurille väestöryhmille. Tällä hetkellä liikunnan yhteys sairauksien ehkäisyyn, hoitoon tai kuntoutukseen on todettu yli 20:ssä eri terveysongelmassa (Kuvio 1). Näihin ongelmiin sisältyvät lähes kaikki merkittävät kansansairaudet. (Vuori 2005, 17.)

Tuki- ja liikuntaeläimistö

- lihaskato (sarkopenia), e, h
- luukato (osteoporoosi), e, h?
- nivelrikko, h, e??
- nivelreuma, h
- alaselän vaivat, h, e
- niskavaivat, h
- vammat ja leikkausten jälkitilat, k

Hengitys- ja verenkiertoeläimistö

- sepelvaltimotauti, e, k, h
- sydämen vajaatoiminta, h
- aivohalvaus, e, k
- ääreisvaltimosairaus, h, e?
- korkea verenpaine, h, e
- veren korkeat lipidiarvot (hyperlipidemia), e, h
- astma, h
- krooninen keuhkoputkitulehdus, h

Aineenvaihdunta

- liikapaino ja lihavuus, e, h, k
- tyypin 1 diabetes, h
- tyypin 2 diabetes, e, h
- metabolinen oireyhtymä, e, h
- sappikivitauti, e?

Syöpä

- paksusuolen syöpä, e, k
- rintasyöpä, e, k
- useimmat muut syövät, k

Hermosto

- aivotointojen heikkeneminen vanhetessa, h, e?
- Alzheimerin tauti, h, e?
- monet neurologiset sairaudet, k
- depressio (lievä, keskivaikea), h, e?
- ahdistuneisuus, h, e?

Muita

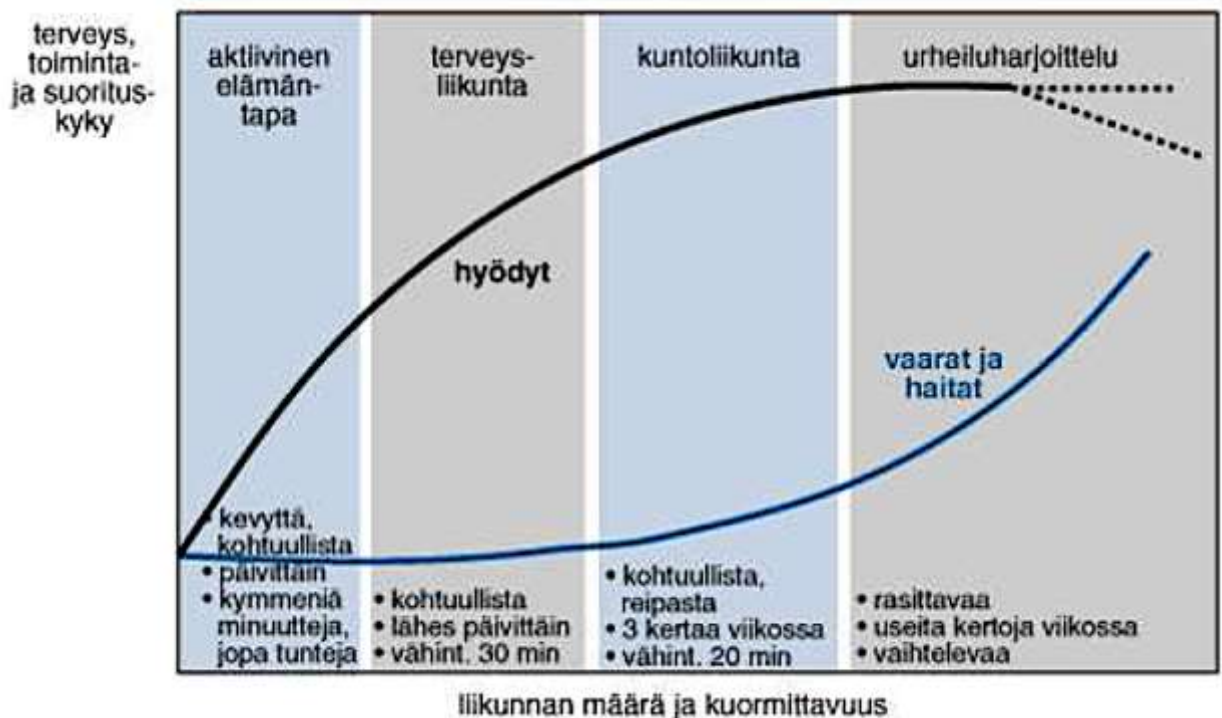
- fibromyalgia, h
- ylähengitysteiden infektiot, e?
- pohjukaissuolihaava, liikunnan puute saattaa lisätä vaaraa
- virtsan pidätysvaikeudet (naisilla), h
- krooninen uupumusoireyhtymä, h
- vaihdevuosisoireet, h
- akuutti ja krooninen kipu, h
- univaikeudet, h, e?
- erektiohäiriöt, h?, e?
- tupakoinnin lopettaminen, h?

Kuvio 1. Boothin ja muiden (2002) mukaan liikunnan mahdolliset vaikutukset sairauksien, oireyhtymien ja oireiden ehkäisyssä (e), hoidossa (h) tai kuntoutuksessa (k) (Vuori 2005, 17).

Liikunnan tarvetta korostaa fyysisen aktiivisuuden väheneminen ja väestön ikääntyminen (Vuori 2005, 17). Yli 70 prosenttia suomalaisista työikäisistä liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi ja liian vähäinen liikkuminen altistaa useille sairauksille (Aittasalo 2016, 162). De Rezenden, Rodriguezin ja Rey-Lópezin ja muiden (2014) mukaan myös tuntikausia kestävä yhtäjaksoinen istuminen on itsenäinen terveysriski riippumatta muusta liikkumisesta (Aittasalo 2016, 162).

Liikunta vaikuttaa ensisijaisesti vain sen aikana kuormitettaviin elinjärjestelmiin (Alen & Rauramaa 2005, 30) saaden aikaan mukautumisvasteita kuormitettavissa elimissä (Vuori 2005, 16). Liikunnan vaikutukset eivät kuitenkaan varastoidu, joten liikkumisen on oltava säännöllistä (Alen & Rauramaa 2005, 30). Liikunta voidaan jakaa sen kuormittavuuden mukaan hyöty-, terveys- ja kuntoliikuntaan. Terveysliikunta määritellään liikunnaksi, jossa mahdollisimman pienellä riskillä saavutetaan mahdollisimman suuria terveyshyötyjä. Liikunnan rasittavuus on viime kädessä kuitenkin subjektiivinen kokemus, jota voidaan arvioida esimerkiksi Borgin asteikolla.

Borgin asteikko sopii niin kestävyys- kuin lihaskuntoharjoittelun kuormittavuuden arviointiin. (Liikunta 2016. Käypä hoito -suositus.)



Kuvio 2. Liikunnan hyötyjen ja haittojen välinen suhde (Nylander N.d).

Vaikka liikunnasta on näyttöä useiden terveysongelmien hoidossa, vain osassa sairauksista näyttö on vahvaa ja kiistatonta. Liikunnalla on laajaa tutkimusnäyttöä sairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa tai kuntoutuksessa tyypin 2 diabeteksessa, sepelvaltimotaudissa, paksusuolen syövässä, kohonneessa verenpaineessa, ääreisvaltimoiden ahtautumisessa, aivohalvauksessa, selkävaivoissa, psyyken hyvinvoinnissa, osteoporoosissa, sarkopeniassa sekä dyslipidemioissa (Vuori, Taimela & Kujala 2005, 669-670). Vahvalla tutkimusnäytöllä tarkoitetaan sitä, että aiheesta on tehty useampi laaja tutkimus, joiden välillä vallitsee vahva konsensus ja ristiriitaisia havaintoja on vain vähän tai ei ollenkaan (Vuori, Taimela & Kujala 2005, 670).

3.2 Liikunta sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa

3.2.1 Tyypin 2 diabetes

Liikunnalla pyritään edistämään hyvää glukoositasapainoa, välttämään liikapainoa sekä pienentämään kardiovaskulaarisia riskejä aikuistyyppin diabeteksessa. Liikunta

saattaa ehkäistä tai hidastaa diabeteksen liitännäissairauksien ilmaantuvuutta, kuten perifeerisen neuropatian kehittymistä. Heikon kardioresptorisen kunnon on osoitettu ennustavan diabeetikon ennenaikaista kuolleisuutta. (Liikunta 2016.)

Liikunta vaikuttaa glukoosi- ja rasva-aineenvaihduntaan parantamalla insuliiniherkyyttä eli lisäämällä sokerin käyttöä lihaksessa (Asuako ym. 2017; Dahjio ym. 2016). Vaikutukset tulevat esiin jo yhden liikuntakerran aikana ja kestävät enintään 72 tuntia (Eriksson 2005, 439). Sekä liikunta- että lihasvoimaharjoittelu pienentävät glukosipitoisuutta sekä lyhentävät hyperglykeemistä aikaa ennen ateriaa tai aterian jälkeen tehtynä. 150 minuutin viikoittaisella aerobisella- ja lihasvoimaharjoittelulla HBA1c-pitoisuus pienenee vähintään 3mmol/mol eli 0,3%. Sen sijaan paastoglukoosiin tai hypoglykemiaan liikunnalla ei ole merkitsevää vaikutusta. (Liikunta 2016.) On arvioitu, että terveyttä edistävällä liikunnalla voitaisiin ehkäistä 11% sairastumisista (STM 2008, 111).

3.2.2 Paksusuolen syöpä

Liikunta on yksi merkittävistä paksusuolen syöpää ennaltaehkäisevistä tekijöistä. Liikunta nopeuttaa ulosteen läpikulkeutumista suolistossa, mikä pienentää limakalvokontaktia ulosteen mahdollisesti syöpää aiheuttavien tekijöiden, kuten karsinogeenien kanssa. Lisäksi liikunta tehostaa elimistön puolustusjärjestelmää pienentäen insuliinin ja insuliininkaltaisten kasvutekijöiden määrää sitoen paksusuolen vapaita radikaaleja. Liikunnallisesti aktiivisilla riski sairastumiseen arvioidaan olevan 30-40% pienempi kuin liikuntaa harrastamattomilla ja ainakin 13-14% syövistä arvioidaan johtuvan liikunnan puutteesta. (Rintala 2005, 460-461.)

Paksusuolen syöpää voidaan ehkäistä harrastamalla kolme-neljä tuntia liikuntaa viikossa. Kuormitustason tulee olla voimakkaasti kohtuukuormitteinen, mikä käytännössä tarkoittaa voimakasta hengästymistä ja runsasta hikoilua. Kohtalaisesti kuormittavalla liikunnalla arvioidaan olevan myös edullisia vaikutuksia paksusuolen syövän ennaltaehkäisyssä mutta ihanteelliset vaikutukset saavutetaan ainoastaan raskastehoisemmalla liikunnalla. (Rintala 2005, 461.)

3.2.3 Kohonnut verenpaine

Lievästi tai kohtalaisesti koholla olevaan verenpaineeseen (140-179-/90-109 mmHg) hoivaksi suositellaan kohtuullisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä 150 minuuttia viikossa. Yli kuukauden kestävä harjoittelu alentaa kohonnuttua systolista verenpainetta keskimäärin 8mmHg sekä diastolista verenpainetta noin 5 mmHg. Muutos on melkein yhtä suuri kuin yksittäisellä verenpainelääkkeellä eikä se edellytä laihtumista. (Liikunta 2016.) Joissakin tutkimuksissa liikunnalla on pystytty alentamaan systolista verenpainetta jopa 11/5mmHg (Börjesson ym. 2016).

Liikunnan verenpainetta laskevat vaikutukset selittyvät sympaattisen hermoston aktiivisuuden, verenvirtauksen ja verisuoniston ääreisvastuksen, baroreseptorien herkkyyden ja nestetasapainon muutoksilla. Muita selittäviä tekijöitä ovat lisäksi RAA-järjestelmään liittyvä natriumin määrän pieneneminen, kudosten insuliiniherkkyyden parantuminen sekä rasvakudoksen määrän väheneminen. (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005, 417.)

Kohtuukuormitteinen lihasvoimaharjoittelu vaikuttaa myös lievästi kohonneeseen verenpaineeseen alentamalla systolista painetta muutaman elohopeamillimetrin verran. Harjoittelun eduista hyötyvät myös ne, joiden verenpaine on viitealueella (Liikunta 2016.) Lihaskuntoharjoittelua suositellaan toteutettavan kuntopiirityyppisesti (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005, 419).

Liikuntaa aloitettaessa on huomioitava, että kaikki verenpainelääkkeet eivät sovi yhtä hyvin liikuntaa harrastaville. Kalsiumkanavan salpaajilla ja ACE-estäjillä ei ole todettu epäedullisia vaikutuksia lipidi- ja hiilihydraattiaineenvaihduntaan. Sen sijaan Ei-selektiivisiä beetasalpaajia ja diureetteja suositellaan liikkujille, jotka liikkuvat enintään kohtuukuormitteisella teholla. Diureetteja käyttäville raskaskuormitteisempi liikunta voi aiheuttaa nestehukkaa ja beetasalpaajat hidastavat sydämen sykettä, mikä pienentää minuuttitilavuutta ja lisää verenkierron vastusta. (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2005, 419.) Verenpainetason ollessa 140/90 mmHg, sydän- ja verisuonitaudeista voitaisiin ehkäistä 13% ja aivoverisuonitapauksista peräti 60% (STM 2008, 112).

3.2.4 Dyslipidemiat

Kestävyysliikunta vaikuttaa seerumin lipideihin alentamalla LDL-kolesterolin ja triglyseridien pitoisuutta 5%. Se myös lisää HDL-kolesterolien pitoisuutta 5%. Muutoksilla voidaan ehkäistä valtimotaudin kehittymistä. Edullinen muutos HDL-kolesterolissa saavutetaan, jos viikoittainen liikunta kuluttaa 1500kcal ja sitä jatketaan useiden kuukausien ajan. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi 30-60 minuuttia kestävästä päivittäisestä reipasta kävelyä, jota tulee jatkaa useamman kuukauden ajan. (Liikunta 2016.) Intervallityyppinen korkeaintensiteettinen kestävyysharjoittelu lisää plasman HDL-pitoisuutta enemmän kuin yhtäjaksoinen matalaintensiivinen harjoittelu (Elliott, Rajopadhyaya & Bentley 2015).

Lihaskuntoharjoittelulla voidaan alentaa myös LDL-kolesterolin ja triglyseridipitoisuuksia. HDL-kolesterolin lihaskuntoharjoittelulla ei kuitenkaan ole vaikutusta. Tutkimuksissa on havaittu, että yhdistetty voima- ja kestävyysharjoittelulla voidaan vaikuttaa kaikkein tehokkaimmin lipoproteiineihin. (Liikunta 2016.) Vaikka tutkimukset ovat tilastollisesti merkitseviä, liikunnan kliininen hyöty dyslipidemioiden hoidossa yksittäisenä hoitomenetelmänä on varsin pieni (Kukkonen-Harjula, K. 2017). Liikunnan ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista on huomioitava, että liikunta saattaa voimistaa statiinien käyttöön liittyviä lihasoireita, jotka voivat vähentää liikkumista (Liikunta 2016).

3.2.5 Sepelvaltimotauti

Vähäinen liikunta on yksi sepelvaltimotaudin riskitekijöistä. Jo 275kcal kuluttavan viikoittaisen kestävyysliikunnan on osoitettu pienentävän sairastumisen riskiä. Liikunnan hyödyt kasvavat sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisyssä lineaarisessa suhteessa liikunnan määrään – mitä enemmän liikuntaa harrastetaan, sitä pienempi riski on myös sairastua. (Liikunta 2016.) Sepelvaltimotautia on tärkeä ehkäistä erityisesti asiakkailta, joilla on jo todettu muu valtimotauti kuten diabetes tai munuaisten vajaatoiminta (Kettunen 2018). Ennaltaehkäisevä vaikutuksen lisäksi, liikunta vähentää sepelvaltimotaudista johtuvaa kuolleisuutta ja sairastavuutta 26% tavanomaiseen hoitoon verrattuna (Anderson, Oldridge & Thompson 2016). Ennenaikaista kuolleisuutta liikunta vähentää yhtä paljon kuin yksi tavanomainen sepelvaltimotaudin käytössä

oleva lääke (Naci & Ioannidis 2015). Liikunnalla voidaan lisäksi ehkäistä pahenemisvaiheita vaikuttamalla kohonneeseen verenpaineeseen, veren rasva-arvoihin, tyyppin 2 diabetekseen ja ylipainoon (Alapappila ym. N.d).

Sepelvaltimotaudin hoidoksi suositellaan kohtuukuormitteista päivittäistä 30 minuuttia kestävästä kestävyysliikuntaa. Lisäksi suositellaan suuria lihasryhmiä kuormittavaa voimaharjoittelua kaksi tai kolme kertaa viikossa. Sopiva liikkeiden määrä on kahdeksan ja toistojen määrä sarjoissa 10-15. (Liikunta 2016.) Liikunta parantaa sepelvaltimotaudin ennustetta ja vuoden harjoittelu voi lievittää rintakipuoiretta yhden CCS-luokan verran (Alapappila, Hautala, Kiilavuori, Laukkanen, Mahrberg, Meinilä, Suomalainen, Syväne, Ulenius & Weber N.d). Liikunta parantaa kestävyyskuntoa, lisää sydämen vagaalista säätelyä sekä vähentää valtimojäykkyyttä ja verihiutaleiden tarttuvuutta (Liikunta 2016).

Sepelvaltimotautipotilaiden liikuntakelpoisuutta on tärkeä arvioida. Olennaista on löytää tasapaino tehon ja turvallisuuden välille. Pienen riskin ryhmään kuuluvat ne henkilöt, joilla sepelvaltimotauti on stabiilissa vaiheessa ja joilla ei ilmene raskasrintakipua levossa tai alle 6 MET:n kuormituksessa. Pienimmän riskin omaavilla ei myöskään ole sydämen vajaatoimintaa, useita peräkkäisiä kammiolisälyöntejä tai muita vakavia rytmihäiriöitä. Verenpaineen vaste kuormitukseen on normaali. Näille henkilöille kohtuukuormitteinen liikunta ei aiheuta vaaraa mutta rasittavassa liikunnassa riski on lievästi suurentunut. Suurin osa sepelvaltimotautipotilaista kuuluu tähän ryhmään. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus 2016.)

Kohtalaisen riskin ryhmään kuuluvat ne, joilla on rintakipua, vakavia rytmihäiriöitä, ST-muutoksia tai systolisen verenpaineen laskua kuormituksessa. Keskiryhmään kuuluvilla henkilöillä on kohtalainen tai suuri sydänkomplikaatioiden vaara kuormituksessa. Suorituskyky on NYHA tai CSS-luokassa 3 tai 4, tai alle 6 MET ja voimakkaat ST-muutokset, rintakipu, vakavat rytmihäiriöt tai systolisen verenpaineen lasku kuormituksessa. Korkean riskin ryhmään kuuluvat epävakaa kompensoitumatonta sepelvaltimotautia sairastavat. Heille verenkiertoelimistöä kuormittavaa liikuntaa ei suositella lainkaan. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus 2016.)

Sepelvaltimotautipotilaan liikuntaharjoittelu voidaan myös aloittaa määrittämällä kliinisessä raskauskokeessa iskemiakynnys eli kuormituksen taso, jolloin sydän alkaa kärsiä hapenpuutteesta. Liikkuessa kuormitukseksi suositellaan 10-15 lyöntiä minuutissa alle iskemiakynnyksen. Staattista lihastyötä tulee välttää, sillä jännittyneessä lihaksessa verenkierto heikkenee ja sydän joutuu tekemään työtä suurempaa vastusta kohden. Staattinen lihastyö nostaa verenpainetta ja kasvattaa näin sydämen kuormitusta, jolloin oireita ilmaantuu matalammilla sykealueilla. Myös nopeatempoinen ja maksimaalista voimaa vaativa liikunta altistaa myös todennäköisemmin oireille kuin maltillinen liikkeelle lähteminen. (Alapappila ym. N.d.)

Sepelvaltimotautipotilaan liikunnassa kannattaa huomioida olosuhteet. Kuumalla ilmalla verenkiertoelimistö kuormittuu enemmän liikkumisen aikana. Lämmön haihtumisen vuoksi elimistön on kuljetettava verta elimistön sisäosista pintaosiin, mikä nostaa sydämen sykettä ja näin lisää sydämen työtä. Turvallisin aika ulkoilulle on esimerkiksi aamulla tai illalla, kun ilma on viileämpää. Fyysinen suorituskyky laskee myös aterian jälkeen 1-2 tunniksi verenkierron keskittyessä ruoansulatuselimistöön. (Alapappila ym. N.d.)

3.2.6 Ääreisvaltimoiden ahtautuminen

Kävelyharjoittelu saattaa pidentää kivutonta ja maksimaalista kävelymatkaa. Perusperiaatteena on se, että harjoittelun hyödyt kasvavat lineaarisessa suhteessa harjoittelun määrän kanssa. Liikunnan aloitus toteutetaan 30 minuutin päivittäisillä kävelyillä ja harjoittelua lisätään asteittain 60 minuutin keston saakka. Vauhtia säädelään kivun mukaan. Kivun ilmetessä pidetään taukoa ja jatketaan taas kivun helpotettua. Pyöräily, hiihto ja uinti sopivat liikuntaharjoitteluun samoilla periaatteilla. (Liikunta 2016.)

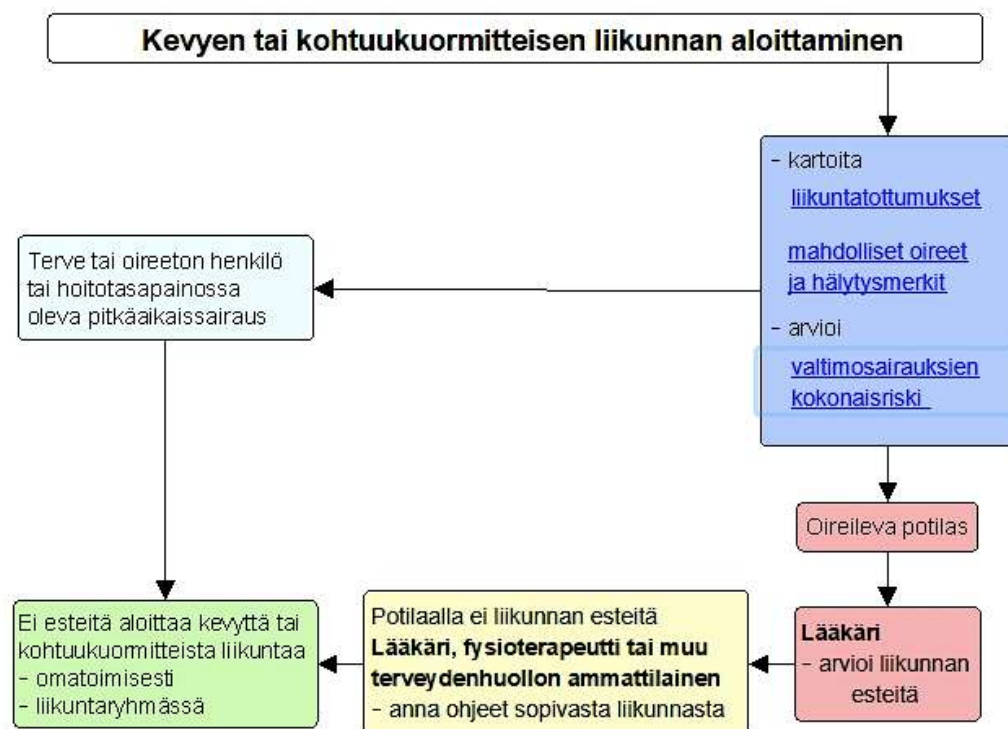
3.3 Liikunnan vasta-aiheet ja liikuntakelpoisuuden arviointi

Ennen liikunnan aloittamista on tärkeä tehdä arvio liikuntakelpoisuudesta (kuvio 3). Arviointi aloitetaan selvittämällä liikuntatottumukset: kuinka paljon ja kuinka usein liikuntaa on harrastettu ja millä kuormittavuustasolla. Sen jälkeen kartoitetaan mah-

dolliset oireet ja hälytysmerkit, joita voivat olla hengenahdistus raskuudessa tai levossa, rintakipu raskuudessa tai levossa, selittämätön suorituskyvyn lasku, rytmihäiriöt raskuudessa, kuten äkilliset tykytyskohtaukset ja tajunnan häiriöt sekä huimaus raskuuden aikana. Lopuksi arvioidaan valtimosairauksien kokonaisriskiä selvittämällä ikä, sukuhistoria, tupakointi, BMI, verenpaine, lipidit, glukoosi sekä lääkitys sekä arvioimalla tai mittaamalla kardioresseptorinen tai muu fyysinen kunto. Mikäli asiakas oireilee, lääkäri arvioi, onko liikunnalle estettä. (Liikuntakelpoisuuden arviointi 2016.)

Liikuntakelpoisuuden arviointi

Julkaistu 13.1.2016



Kuvio 3. Liikuntakelpoisuuden arviointi (Liikuntakelpoisuuden arviointi 2016).

Liikunnan ehdottomia vasta-aiheita ovat epästabiili sepelvaltimotauti, kontrolloimattomat vaikeat rytmihäiriöt, vaikea pulmonaarihypertonia, vaikea ja oireinen aorttastenoosi, akuutti myokardiitti, perikardiitti tai endokardiitti. Lisäksi esteitä liikunnan aloittamiselle ovat hoitamaton verenpainetauti (<180 tai 110 mmHg), aortan dissekatio, marfanin syndrooma sekä muut perinnölliset sidekudossairaudet, jos niihin liittyy huomattava aortan dilataatio. Liikuntaa ei myöskään suositella henkilöille,

joilla on profoliferatiivinen retinopatia tai pahentunut profoliferatiivinen diabeettinen retinopatia tai akuutti elimistön tulehdustila. Suhteellisia vasta-aiheita liikunnalle ovat huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, hoitamaton hypertonia sekä tuki- ja liikuntaelimistön rajoitteet. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus 2016.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan antaman liikuntaneuvonnan toteutumiseen perusterveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää sairaanhoitajan vastaanotolla annettavan liikuntaneuvonnan ongelmakohtien tunnistamisessa ja hoitotyön kehittämisessä. Tunnistamalla liikuntaneuvontaan vaikuttavia tekijöitä voidaan vähentää toimintaan liittyviä esteitä ja parantaa vaikuttavuutta.

Tutkimuskysymys:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan antaman liikuntaneuvonnan toteutumiseen perusterveydenhuollossa?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on aiempien tutkimustulosten koontia, jonka tarkoituksena on yhdistää suurempi määrä tutkimustuloksia käyttökelpoiseen muotoon. Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää sekundäärisenä tutkimuksena, joka kohdistuu rajaamalla valikoi- tuihin julkaisuihin. (Kaseva 2011, 7-8.) Kirjallisuuskatsaus on keskeinen tutkimustyön väline. Sen avulla on mahdollisuus muodostaa kokonaiskuva käsiteltävästä aihekokonaisuudesta sekä sen avulla voidaan tunnistaa ongelmia ja ristiriitoja. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.) Whitemoren ja Knaflin (2005) mukaan kirjallisuuskatsaus tuottaa parhaimmillaan enemmän ymmärrystä aiheesta kuin analysoitujen tutkimuksien lukeminen yksittäin (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 33).

Kirjallisuuskatsauksia on kolmea eri päätyyppiä. Kaikki katsaustyyppit sisältävät tyypilliset kirjallisuuskatsauksen osat, joita ovat kirjallisuuden haku, arviointi, aineiston pohjalta tehty synteesi ja analyysi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 8.) Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä, mikä mahdollistaa aineistojen laajan käytön ja ilmiön laaja-alaisen kuvaamisen sekä luokittelun. (Salminen 2011, 6.) Kvalitatiivisessa kirjallisuuskatsauksessa asiakkaan subjektiiviset näkökulmat pääsevät esille, mikä on olennainen tieto palveluita kehitettäessä (Kaseva 2011, 8).

5.2 Tiedonhakuprosessi

Tiedonhaku aloitettiin hakustrategioiden määrittelyllä. Tavoitteena oli valita 5-10 luotettavaa tieteellistä tutkimusartikkelia. Artikkeleille määriteltiin kuusi sisäänotto- ja poissulkukriteeriä. Ensinnäkin tutkimusten tuli olla vertaisarvioituja alkuperäisartikkeleita. Toiseksi tutkimusartikkeleiden tuli koskea sairaanhoitajan antamaa liikuntaneuvontaa. Kolmas kriteeri koski julkaisuvuotta. Lisäksi tutkimusartikkelien tuli olla englannin-, ruotsin tai suomenkielisiä ja kokonaan luettavissa. Vastaavilla kriteereillä aineistoa myös suljettiin pois. Pätevät kriteerit helpottavat relevantin kirjallisuuden tunnistamista ja vähentävät virheellisen katsauksen mahdollisuutta sekä mahdollistavat sen, että katsaus pysyy suunnitelluissa raameissa (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 26).

Kirjallisuuskatsauksen artikkelien sisäänottokriteerit:

- tutkimus on englannin-, ruotsin- tai suomenkielinen
- tutkimus on vertaisarvioitu (peer-reviewed)
- tutkimus on alkuperäinen tutkimusartikkeli (research article)
- tutkimus on julkaistu vuosina 2006-2020
- tutkimus kohdistuu terveyskeskuksessa annettuun liikuntaneuvontaan
- liikuntaneuvontaa antaa sairaanhoitaja

Kirjallisuuskatsauksen artikkelien poissulkukriteerit:

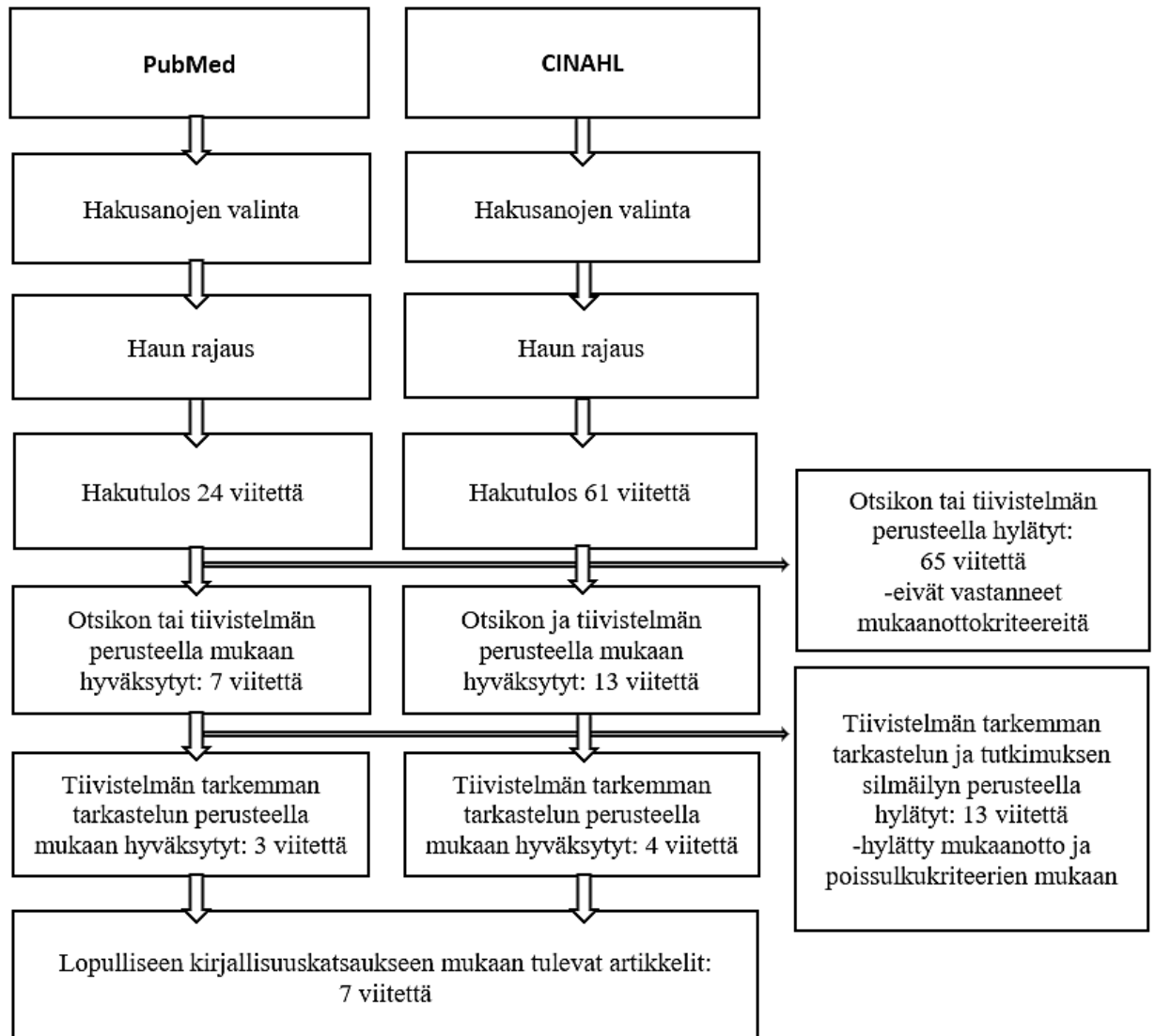
- tutkimusta ei ole tieteellinen eikä vertaisarvioitu julkaisu
- liikuntaneuvontaa annetaan jossain muualla kuin perusterveydenhuollossa
- tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2006
- liikuntaneuvontaa antaa joku toinen ammattihenkilö kuin sairaanhoitaja

Hakustrategioiden määrittämisen jälkeen muodostettiin hakulausekkeet. Hakulausekkeiden avulla tiedonhaku voidaan raportoida läpinäkyvästi ja luotettavasti, jolloin hakutulos on myös toistettavissa. Hakusanojen muodostamisessa käytettiin apuna yleistä suomalaista asiasanastoa (YSO). Hakuja tarkennettiin ja muokattiin useamman kerran. Aluksi hakulauseke pyrittiin rakentamaan tutkimusaiheen keskeisen hakusanan Physical Guidance (YSO) pohjalta mutta haku ei tuottanut riittävästi aiheeseen sopivia tuloksia, joten hakua laajennettiin koskemaan yleisellä tasolla elintapaohjausta. Elintapaohjauksen tuli kuitenkin sisältää liikuntaneuvontaa ja liikuntaneuvonnan tuli olla erotettavissa muusta elintapaohjauksesta, kuten ravitsemusneuvonnasta. Ilman haun laajennusta lopputulos olisi jäänyt suppeaksi eikä sitä olisi voinut pitää yhtä luotettavana. Tiedonhaussa saatiin yhteensä 85 osumaa ja tiedonhaun eteneminen on esitetty kuviossa 4. Kirjallisuushaku tehtiin PubMed ja CINAHL-tietokannoista. Tietokannoissa käytettiin eri hakulausekkeitä, jotka on esitetty taulukossa 1. Perushakulauseketta muokattiin hakukantoihin sopivaksi (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 42).

Taulukko 1. Hakulausekkeet ja haun rajaukset

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Valitut
CINAHL Plus with Full Text	Lifestyle intervention OR Life- style change OR Behavior change AND Primary Care AND Nurse AND Physical Activity	peer re- viewed, re- search article 2006-2020	61	4

PubMed	Lifestyle counseling experience* AND nurse AND primary care	2006-2020, English, Swedish, Finnish	24	3
--------	---	--------------------------------------	----	---



Kuvio 4. Kirjallisuushaun vaiheet

5.3 Valittu aineisto

Kirjallisuushaku tuotti englanninkielisiä tutkimusartikkeleita. Valituista tutkimuksista laadittiin taulukko, jossa kuvattiin tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimuskysymykseen vastanneet keskeiset tulokset (Liite 1).

5.4 Aineiston analysointi

Aineiston analysointimenetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa halutaan tuottaa. Koska aineisto oli hajanainen, katsauksessa haluttiin tuottaa yhdistelevää tietoa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 82.) Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä kuvailevaa luokittelua. Induktiivinen sisällönanalyysi valittiin menetelmäksi, sillä tavoitteena oli saavuttaa kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 86.) Sisällönanalyysi on paljon enemmän kuin menetelmä, jolla tuotetaan yksinkertainen kuvaus aineistosta. Sen avulla selvitetään aineistossa ilmeneviä merkityksiä, tarkoituksia ja aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin aineistoon, jonka avulla muodostettiin yleiskuva kokonaisuudesta (Seitamaa-Hakkarainen N.d). Tutkimuskysymys ohjasi havaintojen tekemistä ja tutkimuksen kannalta olennaisten kuvausten keräämistä. Aineistoon tutustumisen jälkeen tutkimusartikkelit käytiin huolellisesti läpi ja tutkimuskysymyksen kannalta keskeiset ilmaukset koottiin tarkempaa tarkastelua varten erilliseen tiedostoon. Tietojen kokoamisen jälkeen aineisto suomennettiin ja pelkistettiin.

Analysoinnin toisessa vaiheessa pelkistetystä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia. Aineisto hajotettiin osiksi ja teemoiteltiin uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi yhdistämällä eri tutkimuksista saatua tietoa. Teemoittelu päätettiin, kun aineistosta ei löytynyt enää uusia näkökulmia. (Seitamaa-Hakkarainen, N.d.) Lopuksi asiakokonaisuudet nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä ja jaoteltiin kolmen yläluokan alle (Liite 2).

6 Tulokset

Terveyskeskuksen asiakkaat raportoivat, että heiltä kysyttiin vastaanottokäynnin yhteydessä liikunta-aktiivisuudesta mutta liikuntaneuvonnassa oli puutteita (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006; Westland, Koop, Schröder, Schuurmans, Slabbers, Trappenburg & Vervoort 2018). Sairaanhoidajan antaman elintapaohjauksen vaikuttavuutta rajoittavat tekijät jakautuivat kolmeen osaan. Epävarmuus ohjaamisessa sekä

ajantasaisen ammattitiedon puute vaikeuttivat ohjauksen antamista. Haasteita asettivat organisaation myös vähäinen resurssien kohdentaminen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön sekä asiakkaiden heikko sitoutuminen hoitoon.

6.1 Ohjausvalmiudet

Viidessä tutkimuksessa tarkasteltiin sairaanhoitajien antamaa liikuntaneuvontaa (Jallinoja 2007; Jansink ym. 2010; Kardakis ym. 2013; Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006; Westland ym. 2018). Sairaanhoitajien asenteet olivat avainasemassa ohjauksen onnistumisessa (Kardakis ym. 2013, 82). Vaikka elintapaohjausta pidettiin tärkeimpänä yksittäisenä terveyttä edistävänä tekijänä (Westland ym. 2018), liikuntaneuvontaan käytettiin vain vähän aikaa eikä liikunnan tärkeyttä korostettu ohjauskeskusteluissa (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006). Tämän ristiriidan uskottiin johtuvan siitä, että sairaanhoitajat kokivat elintapaohjauksen olevan haastavinta ja käyttivät ajan mieluummin helpompien asioiden käsittelyyn (Westland ym. 2018).

Osaamisessa koettuja haasteita raportoitiin laajasti. Kahdessa tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajilla ei ollut riittävästi tietoa liikunnan vaikutuksesta terveyteen eikä näin ollen kykyä antaa elintapaohjausta (Jansink ym. 2010; Kardakis ym. 2013). Hoitokeskustelut olivat rutiininomaisia eivätkä ne herättäneet kiinnostusta asiakkaissa (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006). Kysymykset jäivät lisäksi pinnallisiksi, kun keinoja syvällisempien kysymyksien esittämiseen ei ollut (Kardakis ym. 2013) ja keskustelua oli vaikea jatkaa (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006). Aiheesta toiseen vaihdettiin myös nopeasti ja asiakas sai vain vähän tilaisuuksia omien näkökulmien esittämiseen (Westland ym. 2018). Tutkimukset osoittivat sekä asiakkaan että terveydenhuollon henkilökunnan rajoitukset keskustelu- ja ohjaustaidoissa (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006). Tavoitteiden asettelu ja jäsennellyn hoitosuunnitelman kehittäminen ei ollut tästä syystä onnistunut (Jansink ym. 2010). Puutteista osaamisessa raportoi hieman yli puolet sairaanhoitajista. Mitä pidempään sairaanhoitajat olivat tehneet töitä, sitä sujuvammaksi he kokivat liikuntaneuvonnan antamisen. (Jallinoja ym. 2007.)

Toisaalta tutkimuksissa raportoitiin myös, että liian syvällistä tietoa tarjottiin liian nopeasti eikä annettua tietoa osattu soveltaa asiakkaiden elämäntilanteeseen sopivaksi. Sairaanhoidajat kiirehtivät keskusteluissa asiakkaiden edelle ja asettivat vääriä tai liian korkeita odotuksia elintapamuutokselle (Jansink ym. 2010). Tämä johti usein epäonnistumiseen, vaikka joitakin terveyden kannalta merkittäviä muutoksia oli saavutettu. Esimerkiksi tietyssä painossa pysyminen saattoi jo ennaltaehkäistä sairauksien kehittymistä ja voitiin jo tulkita onnistumiseksi. Terveydenhuollon ammattilaisten käsitykset asiakkaiden kyvystä tehdä muutoksia vaihtelivat. (Jallinoja ym. 2007.) Sairaanhoidajilla oli taipumus etsiä ratkaisuja, kun heidän edessään istuvan henkilön olisi pitänyt työskennellä ohjaustilanteissa ahkerammin (Kardakis ym. 2013). Tämä johtui siitä, että sairaanhoidajat kokivat ammatillista vastuuta neuvoa asiakasta tarkasti ja tarjota yksinkertaisia neuvoja elintapojen muuttamiseen. Vanhoja tapoja saattoi myös olla vaikea muuttaa, vaikka ohjaustavat ovat muuttuneet koko ajan asiakaslähtöisemmiksi. (Jansink ym. 2010.) Asiakkaista tällainen toiminta oli häiritsevää ja se johti vastareaktioon liikunnallisen aktiivisuuden lisäämisen sijaan (Kardakis ym. 2013).

Tunteet ohjasivat sairaanhoidajien toimintaa. Yleisesti ottaen asiakkaan onnistuminen fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä koettiin palkitsevana, mikä lisäsi tyytyväisyyttä työntekeä kohtaan sekä yleistä hallinnan tunnetta, mikä johti ohjaukseen sitoutumiseen. Erityistä tyytyväisyyttä tuotti aluksi motivoitumattoman asiakkaan sitoutuminen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Asiakkaan heikko sitoutuminen hoitoon sitä puolestaan johtaa omien taitojen kyseenalaistamiseen, millä oli negatiivisia vaikutuksia annettuun ohjaukseen. Myös empatian puutteesta raportoitiin. Tämä ilmeni tilanteissa, joissa sairaanhoidajat eivät ymmärtäneet, miksi asiakkaiden oli vaikea muuttaa haitallisia elintapoja, jotka eivät sairaanhoidajille itselleen aiheuttaneet ongelmia. Sairaanhoidajien oli myös vaikea kuunnella tarkkaavaisesti ja olla kärsivällisiä, jos he olivat stressaantuneita. (Kardakis ym. 2013.)

Ohjaukseen sitoutumisella oli vaikutusta sen lopputulokseen. Osa sairaanhoidajista raportoi, ettei heillä ollut joka kerta motivaatiota toistaa samaa viestiä varsinkaan silloin, jos he uskoivat vain vähän tai ei ollenkaan asiakkaan kykenevyyteen muuttamaan

elintapojaan. Tämä johti usein laiminlyönteihin ohjauksessa. Turhautuminen oli voimakkainta ammattilaisilla, jotka näkivät elintapaohjauksen jo ennestään haastavana menetelmänä. Lisäksi osa sairaanhoitajista epäröi keskustella elintapamuutoksesta, jos arvioi sillä olevan negatiivisen vaikutuksen hoitosuhteeseen. (Jansink ym. 2010.) Jos sairaanhoitajat eivät kokeneet ohjauksella olevan vaikuttavuutta, he luottivat etupäässä farmakologisiin menetelmiin, kuten lääkehoidon ohjaukseen (Jallinoja ym. 2007). Yleisesti ottaen liikuntaneuvonta nähtiin hoitohenkilökunnan tehtävänä, sillä lääkäreiden aika kului useimmiten monimutkaisempien tapausten ratkomiseen (Sorensen ym. 2019). Vaikka elintapaohjausta antoivat myös muut ammattiryhmät, kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan halunneet mennä erikseen toisen ammattilaisen vastaanotolle (Jansink ym. 2010).

6.2 Hoitomyöntyvyys

Sairaanhoitajat arvioivat hoitoon sitoutumisen suurimmaksi esteeksi asiakkaiden heikon hoitomyöntyvyyden. Asiakkailla oli useimmiten vain vähän tai ei ollenkaan motivaatiota muuttaa liikuntatottumuksiaan. (Jansink ym. 2010). Haluttomuus keskustella elintavoista johti keskustelun välttelyyn ja keskusteluaiheiden vaihtamiseen (Poskiparta ym. 2006). Lääkäreillä oli myös vaikeuksia vakuuttaa asiakkaita elintapamuutoksen tärkeydestä (Jansink ym. 2010). Tutkimukset osoittivat, että asiakkaat tunsivat yleensä liikuntasuosituksen mutta heillä oli vaikeuksia soveltaa tätä tietoa käytäntöön. Välillä taas asiakas ei tunnistanut haitallisia elintapojaan. Vastasairastuneet olivat myös vielä tilanteessa, jossa heidän kykynsä oli rajoittunut vastaanottamaan ylimääräistä tietoa. (Poskiparta ym. 2006.)

Yleisesti ottaen ammattilaiset eivät uskoneet asiakkaiden ymmärtävän liikkumattomuudesta aiheutuvia riskejä (Jallinoja 2006; Poskiparta ym. 2006). Asiakkaiden arvioitiin tarvitsevan lisätietoa inaktiivisuuden seurauksista sekä esimerkkejä, miten vastaanotolla saatua tietoa sovelletaan käytäntöön (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006). Heikon hoitomyöntyvyyden ajateltiin liittyvän myös välittömien tulosten puutteeseen ja repsahdukset saattoivat kieliä vaikeuksista hallita elämää stressaavissa tilanteissa. Joskus välinpitämättömyys liittyi siihen, ettei elinvuosia nähty itseisarvona. (Jansink, ym. 2010.)

Liikunnallisen aktiivisuuden lisäämiseen ja elintapojen muuttamiseen liittyi myös tekijöitä, joihin terveydenhuollolla ei ollut vaikutusta. Tulot jakautuivat epätasaisesti ja sosioekonomiset erot olivat suuret. Asiakkaan kielitaito osoittautui myös joissain tapauksissa haasteeksi ohjaamiselle. (Sorensen ym. 2019.)

6.3 Resurssit

Kahdessa tutkimuksessa käsiteltiin perusterveydenhuollon rakenteisiin liittyviä haasteita, jotka vaikuttivat ohjaukseen. Vaikka perusterveydenhuolto toimii sairauksien ennaltaehkäisyssä etulinjassa, suurin osa resursseista kohdistettiin sairauksien hoitoon niiden ennaltaehkäisyssä sijaan. Vaikka elintapaohjauksen todettiin olevan tehokasta, ohjaukseen ei löytynyt riittävästi aikaa. (Lundberg ym. 2017.)

Organisaation päättäjät kokivat, että resursseista ja niiden kohdentamisesta päätettiin ensisijaisesti valtion tasolla eikä heillä ollut juuri vaikutusmahdollisuuksia. Erityisesti pienillä yksiköillä oli vaikeus muuttaa toimintaansa. Pidemmän aikavälin investoinnit elintapaohjaukseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön olivat ongelmallisia organisaatioille, joiden odotettiin tuottavan merkittäviä tuloksia lyhyellä aikavälillä. Sitä vastoin ennaltaehkäisevän hoitotyön tulokset näkyivät hitaasti väestössä ja niiden vaikuttavuutta oli vaikea arvioida. (Lundberg ym. 2017.) Kyselyssä 85% terveydenhuollon ammattilaisista halusi kehittää toimintaa ennaltaehkäisevämpään suuntaan ja he toivoivat uusia toimintatapoja elintavoista aiheutuvien sairauksien ennaltaehkäisyyn, sillä tähän mennessä vain harvoja interventioita oli käytetty johdonmukaisesti (Kardakis ym. 2013, 83). Jansinkin ym. (2010) ja Kardakis (2013) mukaan 79% henkilökunnasta toivoi kansallisia ohjeita liikuntainterventioille, vaikka 50%:ssa tapauksista ohjeet jo löytyivät.

Sairaanhoitajat toivoivat työkalutuurin kehittämistä, jotta he pystyisivät työskentelemään optimaalisella tasolla sairauksien ennaltaehkäisemiseksi (Lundberg ym. 2017). Suurimpana haasteena oli kehittää uusia ohjausmalleja nykyisillä resursseilla, joka mahdollistaisi myös ammattilaisten kouluttamisen (Poskiparta, Kasila & Kiuru 2006).

Jansikin ym. (2010) tutkimuksessa raportoitiin, että hoitohenkilökunnan aika ei riittänyt uusien toimintamallien kehittämiseen. Moniammatillisen yhteistyön toivottiin myös lisääntyvän mutta selkeää vastuun jakamista pidettiin tärkeänä. Terveystenhuollon haaste oli myös se, että se oli erillään kunnan muista palveluista ja terveydenhuollon henkilökunnalla on vain vähän tietoa liikuntapalveluista (Kardakis ym. 2013, 83).

7 Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttivat sairaanhoitajan antaman liikuntaneuvonnan toteutumiseen perusterveydenhuollossa. Tuloksista voidaan todeta, että liikuntaneuvonta ei ole pelkästään sairaanhoitajan henkilökohtainen haaste vaan ohjauksen vaikuttavuus on sidoksissa käytössä oleviin resursseihin, asiakkaan hoitomyöntyvyyteen sekä tekijöihin, joihin terveydenhuollolla ei ole vaikutusta, kuten asiakkaan sosioekonomiseen asemaan.

Sairaanhoitajat raportoivat useimmiten puutteista ohjausvalmiuksissaan ja osaamisessaan, sillä heikko ammattiosaaminen heijastuu koko ohjaustapahtumaan negatiivisesti. Kysymykset jäävät rutiininomaisiksi ja pinnalliseksi, kun aiheesta toiseen vaihdetaan nopeasti eikä keinoja syvällisempien kysymyksien esittämiseen ole. Asiakkaalle ei jää myöskään tilaa omien näkökulmien esittämiseen tai niihin ei osata tarttua. (Westland ym. 2018.) Tavoitteita ei myöskään kyetä asettamaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, kun liikunnan vaikutuksia ei tunneta eikä tämän takia osata perustella, mitä vaikutuksia liikunnallisen aktiivisuuden lisäämisestä on (Jansink ym. 2010; Kardakis ym 2013). Kun liikuntaneuvontaa pidetään haastavana, aikaa käytetään vähemmän ohjaamiseen ja keskitytään helpompien aiheiden läpikäymiseen, kuten lääkehoidon ohjaamiseen (Westland ym. 2018).

Hieman yli puolet sairaanhoitajista pitää osaamistaan riittämättömänä. Mitä enemmän työkokemusta on, sitä paremmaksi osaaminen koetaan. Kirjallisuuskatsauksessa ei käynyt ilmi, vaikuttaako osaaminen liikuntaneuvontaan sitoutumiseen vai ovatko jotkin muut tekijät merkityksellisempiä. Lähtötason osaaminen ei vaikuta merkittävästi parantuneen viimeisten kolmentoista vuoden aikana (Poskiparta, Kasila & Kiuru

2006; Murtoperä 2019, 20). STM:n VESOTE-kärkihanke kuitenkin osoittaa, että kouluttamalla voidaan vahvistaa merkittävästi terveystieteiden osaamista (Murtoperä 2019, 20).

Toinen sairaanhoitajien haaste on ammatillisen vastuun erottaminen asiakkaan velvollisuuksista. Sairaanhoitajilla on taipumus antaa tarkkoja ja yksinkertaisia neuvoja elintapojen muuttamiseen. (Jansink ym. 2010.) Liian syvällistä tietoa tarjotaan myös liian nopeasti eikä tietoa välttämättä osata soveltaa asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi. Asiakkaille asetetaan lisäksi epärealistisia tai jopa vääriä tavoitteita (Jansink ym. 2010), mikä johtaa usein elintapamuutoksen epäonnistumisen, vaikka terveyden kannalta merkittäviä muutoksia on saavutettu (Jallinoja ym. 2007). On tärkeää, että työ on asiakaslähtöistä ja asiakkaalle on tärkeä tarjota tietoa oikea-aikaisesti. Hyväkin tarkoitus voi kääntyä itseään vastaan, jos tilanne koetaan painostavana ja ahdistavana. Joskus vähemmän on enemmän ja annettu tieto voi jäädä mieleen, vaikka asiakas ei juuri sillä hetkellä olisi motivoitunut muuttamaan elintapojaan.

Tunteet olivat yhteydessä liikuntaneuvontaan sitoutumiseen. Motivaatio ohjaamiseen vahvistuu, kun asiakas onnistuu lisäämään liikunnallista aktiivisuutta. Omat taidot saatetaan kuitenkin kyseenalaistaa, jos asiakkaan sitoutuminen on heikkoa. Tarkkaavainen kuunteleminen on myös haastavaa stressaantuneena. (Kardakis ym. 2013.)

Liikuntaneuvonta edellyttää vahvaa sitoutumista, kun samaa viestiä toistetaan kerta toisensa jälkeen uudestaan. Jos asiakkaan muutokseen uskotaan vain vähän tai ei ollenkaan, ohjausta saatetaan laiminlyödä. Turhautuminen ohjaamiseen on voimakasta niillä sairaanhoitajilla, jotka kokevat liikuntaneuvonnan ennestään haastavana menetelmänä. Asiakkaan heikko motivaatio ei kuitenkaan poista ohjauksen tarkeyttä. Tutkimuksessa säännöllisesti ohjausta saaneiden diabeetikkojen pitkäaikais-sokerin HbA1c-taso on matalampi kuin niiden, jotka saavat vähemmän ohjausta, mikä osoittaa puhuttujen asioiden jäävän asiakkaiden mieleen (Jansink ym. 2010.)

Sairaanhoitajat arvioivat liikunnallisen aktiivisuuden lisäämisen suurimmaksi esteeksi asiakkaan hoitomyöntyvyyden. Asiakkaat tuntevat liikuntasuosituksia mutta heillä ei

ole kykyä soveltaa tietoa omassa elämässä. Välillä elintapoja ei haluta lainkaan muuttaa, mikä johtaa vastaanotolla keskustelujen välttelyyn ja keskusteluaiheiden vaihtamiseen. (Jansink ym. 2010; Poskiparta ym. 2006.) Ammattilaiset arvioivat, että asiakkaat eivät ymmärrä liikkumattomuudesta aiheutuvia riskejä terveydelle eivätkä välttämättä tunnista omaa riskikäyttäytymistä (Jallinoja 2006; Poskiparta ym. 2006). Asiakkaan voi olla vaikea tunnistaa elintapoihin liittyviä riskejä, jos sairauksien oireet eivät ole näkyvissä ennen niiden puhkeamista tai haitat ovat vähäisiä. Kirjallisuuskatsauksessa ei käynyt ilmi, sitoudutaanko elintapamuutokseen todennäköisemmin silloin, kun muita vaihtoehtoja ei enää ollut vai onko tottumuksia helpompi muuttaa varhaisessa vaiheessa. Tuloksissa ei myöskään selvinnyt, onko sukupuolella tai iällä vaikutusta hoitoon sitoutumisessa. Jotta sairaanhoitaja onnistuisi motivoimaan asiakasta liikunnallisen aktiivisuuden lisäämiseen, asiakkaan tulisi tiedostaa elintavoista aiheutuvat riskit ja saada tietoa liikunnan vaikuttavuudesta sekä konkreettisia neuvoja tiedon soveltamisesta käytäntöön.

Asiakkaan liikunnallisen aktiivisuuden lisäämiseen liikuntaneuvonnan kautta vaikuttavat myös ulkopuoliset tekijät, joihin terveydenhuolto ei pysty vaikuttamaan. Näitä ovat esimerkiksi varallisuuserot ja kielitaito. (Sorensen ym. 2019.) Terveyseroja voidaan kuitenkin kaventaa vaikuttamalla elintapoihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos esittää mielenkiintoisen kysymyksen, joka jää tässä kirjallisuuskatsauksessa auki. Onko tehokkaampaa vaikuttaa yksilöön vai rakenteisiin? (Keinot N.d). Kouluttamalla hoitohenkilökuntaa on pyritty parantamaan osaamista, elintapaohjauksen laatua ja vaikuttavuutta. Kouluttaminen on nopea ja tehokas tapa edistää sairaanhoitajan osaamista mutta se ei yksinään riitä ratkaisemamaan liikuntaneuvontaan liittyviä haasteita, sillä kaikki ongelmat eivät ilmene ohjaustilanteessa vaan osa liikuntaneuvonnan haasteista liittyy terveydenhuollon rakenteisiin ja resurssointiin.

Terveydenhuollossa edetään tällä hetkellä käänteisessä järjestyksessä: sairauksia hoidetaan niiden puhkeamisen jälkeen eikä sairauksien kehityskulkuun ei ehditä johdonmukaisesti vaikuttamaan. Haasteet korostuvat sairauksien ennaltaehkäisyssä, kun vastaanotolla ehditään hoitaa vain akuutit asiat eikä aikaa jää pidempijänteiseen terveyden edistämiseen. Resurssit kohdistetaan välttämättömän hoidon turvaamiseen.

Ennaltaehkäisevän hoitotyön vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta on vaikea arvioida, sillä vaikutukset ilmenevät pidemmällä aikavälillä. Terveysthuollon yksiköillä on myös vaikeuksia muuttaa toimintaa, kun niiden odotetaan toimivan kustannustehokkaasti ja tuloksellisesti. (Lundberg ym. 2017.) Katsauksessa ei käynyt ilmi, kuinka paljon liitännäissairauksien puhkeaminen aiheuttaa kustannuksia, jos sairauksia ei hoideta varhaisessa vaiheessa.

Vaikka liikuntapalveluketjua on kehitetty Suomessa viimeisen vuosikymmenen aikana (Kivimäki 2018, 27), edelleen iso osa liikuntaneuvonnasta ja pitkäaikaissairaiden hoidosta tapahtuu sairaanhoitajan vastaanotolla, sillä kaikki asiakkaat eivät ole motivoituneita menemään erikseen toisen ammattilaisen vastaanotolle (Jansink ym. 2010). Näin ollen sairaanhoitajilla olisi hyvä olla valmius liikuntaneuvonnan antamiseen. Elintapasairauksien määrä on myös kasvussa, mikä lisää tulevaisuudessa elintapaohjauksen tarvetta ja korostaa varhaisen puuttumisen merkitystä perusterveydenhuollossa.

Keskeisinä tuloksina voidaan todeta, että liikuntaneuvonnan onnistuminen edellyttää sairaanhoitajalta tietoa liikunnan vaikuttavuudesta sekä kykyä soveltaa tätä tietoa asiakkaan elämään sopivaksi. Osaamisesta ei kuitenkaan ole hyötyä, jos resursseja ei kohdenneta riittävästi liikuntaneuvontaan ja elintapaohjaukseen. Terveysthuollossa voitaisiin kannustaa siihen suuntaan, että jokaiseen asiaan ei tarvita lääkitystä vaan lähtökohtana elintavoista aiheutuvien sairauksien hoidossa voisi olla se, että parannetaan ensin elintapoja, jos niillä voidaan saada aikaan helpotusta ennen kuin mietitään lääkitystä. Liikunta hoitomuotona on turvallinen ja sillä on vain vähän haittavaikutuksia.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvä tieteellistä käytäntöä, jonka lähtökohdina olivat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Alkuperäiset lähteet on pyritty säilyttämään niiden alkuperäisessä

kontekstissa eikä tuloksissa ole jätetty olennaisia tietoja esittämättä. Lähteet on raportoitu viittaamalla aiempiin julkaisuihin ja tiedonhankinta toteutettu tieteellisten kriteerien mukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6-9.)

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kaikissa kirjallisuuskatsauksissa arvioidaan tuotoksen luotettavuutta eli validiteettia ja reliabiliteettia. Reliaabeliudella arvioidaan kirjallisuuskatsauksen toistettavuutta. Tutkimuksen toteutus ja tutkimusmenetelmät on tarkasti kuvattu ja hakutulos on toistettavissa hakulausekkeiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.)

Luotettavuuden eli validiteetin arviointi perustuu aineiston laadun arviointiin, aineiston analyysin arviointiin sekä tulosten esittämiseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei ota menetelmänä kantaa valitun aineiston luotettavuuteen tai valikoitumiseen vaan sallii vapaamman valinnan, mikä heikentää aineiston laatua (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9). Lähdeaineiston luotettavuutta vahvistaa kuitenkin se, että valitut tutkimusartikkelit ovat primäärlähteitä ja vertaisarvioituja tutkimuksia.

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Vaikka sisällönanalyysi toteutettiin vaihe vaiheelta, analysoinnissa ei ole käytetty toista luokittelijaa, mikä on voinut johtaa virheellisten tulkintojen tai päätelmien tekemiseen (Janhonen & Nikkonen 2003, 37). Tulokset on pyritty raportoimaan niiden aiemman kontekstin mukaisesti ja säilyttämään aiempi asiayhteys. Osassa tulosten esittämisessä elämäntapaohjaus on kuitenkin pelkistetty liikuntaneuvonnaksi, mikä ei välttämättä kuvaa koko asiansuhteita.

Patton & Weber (1990) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa arvioidaan lisäksi totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Teorialähtöinen analyysi ei ole tästä näkökulmasta objektiivisin aineiston analysointimenetelmä, sillä sen lähtökohtana voi olla tutkijan hypoteesi asiasta (Janhonen & Nikkonen 2003, 30). Kaksi valittua tutkimusartikkelia oli lisäksi yli kymmenen vuotta vanhoja, mikä heikentää tulosten ajankohtaisuutta ja sovellettavuutta, vaikka viimeaikaisissa tutkimuksissa tulokset ovatkin samansuuntaisia.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tuloksien perusteella jatkossa tulisi kiinnittää enemmän huomiota sairaanhoitajien kouluttamiseen ja resurssien kohdentamiseen elintavoista aiheutuvien sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon elintapaohjauksen keinoin. Elintapaohjauksella voitaisiin ehkäistä varhaisessa vaiheessa sairauksien puhkeamista ja pienentää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, kun sekä sairauksien että liitännäissairauksien ilmaantuvuus laskisi. Varhainen puuttuminen vähentäisi myös inhimillistä kärsimystä. Liikuntaneuvontaa sisältävän elintapaohjauksen olisikin tärkeä olla lähtökohta elintavoista aiheutuvien sairauksien hoidossa eikä vain yksi keino niiden hallinnassa. Elintapasairauksien hoitamiseen liikunnalla muiden elintapojen ohella sisältyy lisäksi etuja, joita lääkehoito ei sisällä. Liikunta on turvallista ja sen haittavaikutukset ovat vähäiset. Varhainen puuttuminen edellyttää kuitenkin liikuntaneuvonnan vaikuttavuuden tuntemista ja toimintatapojen vakiinnuttamista perusterveydenhuollossa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen johtopäätökset ja suositukset ovat:

1. Sairaanhoitajille tarvitaan lisäkoulutusta liikuntaneuvonnan vaikuttavuudesta
2. Varhaiseen puuttumiseen tulee kohdistaa lisää resursseja ja sen asemaa tulee vahvistaa perusterveydenhuollossa

Tämän kirjallisuuskatsauksen jatkotutkimushaasteet ovat:

1. Miten kustannusvaikuttavaa sairaanhoitajan antama liikuntaneuvonta on?
2. Miten elintapaohjauksen vaikuttavuutta voitaisiin parantaa, jotta se koettaisiin kannattavana?

Lähteet

- Aittasalo, M., Toropainen, E., Kukkonen-Harjula, K., Rinne, M., Tokola, K. & Vasankari, T. 2016. Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveystieteissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53, 3, 162-177.
- Alapappila, A., Hautala, A., Kiilavuori, K., Laukkanen, J., Mahrberg, H., Meinilä, L., Suomalainen, P., Syväne, M., Ulenius, L. & Weber, C. N.d. Sepelvaltimotauti ja liikunta. Sydänliitto. Viitattu 30.4.2020. <https://sydanliitto.fi/ammattilaisnetti/issuosi>.
- Alen, M. & Rauramaa, R. 2005. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmittain. Teoksessa: *Liikuntalääketiede. Toim. Vuori, I., Taimela, S., Kujala, U.* 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 30-54.
- Anderson L, Oldridge N, Thompson DR ym. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol* 67, 1-12.
- Asuako, B., Moses, M. O., Eghan, B. A. & Sarpong, P. A. 2017. Fasting plasma glucose and lipid profiles of diabetic patients improve with aerobic exercise training. *Ghana Medical Journal* 15, 3, 120-127. Viitattu 27.4.2018. <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pmc/articles/PMC5870228>.
- Börjesson, M., Onerup, A., Lundqvist, S. & Dahlöf, B. 2016. Physical activity and exercise lower blood pressure in individuals with hypertension: narrative review of 27 RCTS. *British Journal of Sports Medicine* 50, 5, 356-361. Viitattu 27.4.2017. <http://bjsm.bmj.com.ezproxy.jamk.fi:2048/content/50/6/356>.
- Dahjio, Y., Noubiap, J. J. N., Azabji-Kenfack, M., Essouma, M., Loni, G. E., Onana, A. E., Dehayem, M., Mwom, A., Tadjore, M. N. & Sobngwi, E. 2016. Impact of a 12-week aerobic exercise training program on anthropometric and metabolic parameters of a group of type 2 diabetes Cameroonian women aged ≥50 years. *Annals of Translational Medicine* 4, 19, 364. Viitattu 27.4.2018. <http://atm.amegroups.com/article/view/11937/html>.

Elliott, A. D., Rajopadhyaya, K. & Bentley, D.J. 2015. Interval training versus continuous exercise in patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Heart Lung Circ* 24, 149-57.

Eriksson, J. G. 2005. Diabetes. Teoksessa: Liikuntalääketiede. Toim. Vuori, I., Taimela, S., Kujala, U. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 438-451.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 21. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunna ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Toim. K. Varantola, V. Launis, M. Helin, S. K. Spoof & S. Jäppinen. Helsinki. Viitattu 22.5.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25 4, 244-249.

Janhonen, S. & Nikkonen, S. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. WSOY. Juva.

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Richard, G. 2010. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11, 1, 41.

Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L. & Nyström, M.E. 2013. Lifestyle interventions in primary health care: Professional and organizational challenges. *The European Journal of Public Health*, 24, 1, 79-84.

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Luettavissa 22.5.2020.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72711/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223159.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Keinot. N.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa 22.5.2020.

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/keinot>

Kettunen, R. 2018. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Luettavissa 22.5.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077.

Kivimäki, S. 2018. Liikuntaneuvonta nyt ja tulevaisuudessa. Terveysliikuntauutiset 2018. Elintapaohjauksen hyvät käytännöt, s. 27-29. Luettavissa 30.4.2020.

<https://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3609-Terveysliikuntauutiset-web.pdf>.

Kukkonen-Harjula, K. 2017. Kestävyysliikuntaharjoittelu ja plasman lipidit. Näytönastekatsaus. Luettavissa 3.12.2017. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nak07212

Kukkonen-Harjula, K. & Rauramaa, R. 2005. Kohonnut verenpaine. Teoksessa: Liikuntalääketiede. Toim. Vuori, I., Taimela, S., Kujala, U. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 413-421.

Liikunta. 2016. Käypä hoito -suositus. Julk. 16.1.2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 14.4.2020. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50075>.

Liikuntakelpoisuuden arviointi. 2016. Käypä hoito -suositus. Julk. 16.1.2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 30.4.2020 https://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50075/liikunnan_aloittaminen.html.

Lundberg, K., Jong, M.C., Kristiansen, L. & Jong, M. 2017. Health promotion in practice-district nurses' experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore*, 13, 2, 108-115.

Martikainen, T., Elomäki, E. & Laatikainen, T. 2018. Kokemukset liikuntaneuvonnan toteuttamisesta avoterveydenhuollossa. Terveysliikuntauutiset 2018.

Elintapaohjauksen hyvät käytännöt, s. 30-31. Luettavissa 30.4.2020

<https://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3609-Terveysliikuntauutiset-web.pdf>.

Murtoerä, E. 2019. Koulutuksella osaamista elintapaohjaukseen. AMK opinnäytetyö. Luettavissa 22.5.2020.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/161215/Murtoerä_Eija_.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Naci, H. & Ioannidis, J.P. 2015. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study, 341, 5577.

Nylander, T. N.d. Miehen terveys. ODL Liikuntaklinikka. Luettavissa 22.5.2020. <https://slideplayer.fi/slide/1879810/>.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. Lääkärilehti 14, 59. Viitattu 27.4.2018.

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/tyypin-2-diabeetikkojen-liikuntaneuvonta-perusterveydenhuollon-laakareiden-ja-hoitajien-vastaanotoilla>.

Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. 2006. Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24, 4, 206-210.

Rintala, P. 2005. Syöpä. Teoksessa: Liikuntalääketiede. Toim. Vuori, I., Taimela, S., Kujala, U. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 460-463.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston opetusjulkaisuja 64, julkisjohtaminen 4. Luettavissa 22.5.2020.

https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Seitamaa-Hakkarainen, P. N.d. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Luettavissa 22.5.2020. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi>.

Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus 2016. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Julk. 23.5.2016. Suomen fysioterapeutit ry:n asettama työryhmä. Viitattu 30.4.2020. https://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00002.

Sorensen, J., Johansson, H., Jerdén, L., Dalton, J., Sheikh, H., Jenkins, P., May, J. & Weinehall, L. 2019. Health-care administrator perspectives on prevention guidelines and healthy lifestyle counseling in a primary care setting in New York State. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 6, 1-10.

STM 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki. Viitattu 30.4.2020.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70451/Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Juvenes Print. Turun yliopisto.

Vuori, I. 2005. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa: Liikuntalääketiede. Toim. Vuori, I., Taimela, S., Kujala, U. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 16-29.

Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. 2005. Liikunta ja terveys: päätelmiä. Teoksessa: Liikuntalääketiede. Toim. Vuori, I., Taimela, S., Kujala, U. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 665-681.

Westland, H., Koop, Y., Schröder, C.D., Schuurmans, M.J., Slabbers, P., Trappenburg, J.C.A. & Vervoort, S.C.J.M. 2018. Nurses' perceptions towards the delivery and feasibility of a behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 19, 1.

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuushaun valitut tutkimukset

	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja tutkimusvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen tavoite	Keskeiset tulokset
1	Sorensen, Johansson, Jerdén, Dalton, Sheikh, Jenkins, May & Weinehall 2019 Yhdysvallat	Kuinka päätöksentekijät vetävät linjauksia ja tukevat ennaltaehkäisevää hoitotyötä perusterveydenhuollossa	N=X hallinnoijaa ja vakuutusenantajaa Kvalitatiivinen haastattelututkimus	Esteitä ennaltaehkäisevän hoitotyön toteutumiselle ovat lyhyt vastaanottoaika, ohjauksen tulokset eivät ole nähtävissä ja asiakkaan voimavarat ovat rajalliset. Uusien toimintatapojen kehittäminen on usein monimutkaista ja haastavaa myös niissä tilanteissa, joissa muutosta tarvittaisiin.
2	Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong 2017 Ruotsi	Tutkia terveydenhoitajien kokemuksia HPP-menetelmän käyttöä ennaltaehkäisevästä hoitotyössä sydän- ja verisuonitautien riskejä omaavilla asiakkailla	N=12 terveydenhoitajaa kvalitatiivinen teemahaastattelu	Tulokset jaettiin viiteen kategoriaan. Ensinnäkin HPP-menetelmä oli työn keskiössä. Toiseksi, ohjaus oli keskeinen osa työtä. Kolmanneksi työkaluina käytettiin motivoivaa haastattelua ja fasilitointia. Neljännen kategorian mukaan organisaation kulttuuri ja rakenne eivät tukeneet työtä. Viidenneksi osa näki menetelmän hyödyttömänä, kun taas osa piti sitä toimivana.
3	Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen,	Selvittää sairaanhoitajien käsityksiä heidän rooleistaan elintavoista johtuvien	N = 220 perusterveydenhuollon sairaanhoitajaa ja lääkäreitä	Asiakkaiden haluttomuus muuttua koettiin suurimmaksi esteeksi työn tekemiselle. Puolet henkilökunnasta arvioi,

	Talja, Uutela & Patja 2007 Suomi	sairauksien hoidossa, sairauksien riskitekijöistä sekä asiakkaiden toiminnasta.		että heillä oli riittävät kyvyt omahoidon ohjaukseen. Eroja selitti työkokemuksen määrä. Kaksi kolmesta vastaajasta oli onnistunut tukemaan asiakasta muuttamaan elintapoja terveellisemmiksi.
4	Kardakis, Weinehall, Jerdén & Nyström 2013 Ruotsi	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten elintapainterventioiden laajuutta ruotsalaisessa perusterveydenhuollossa ja kuvailla ammattilaisten asenteita sekä organisaatiolta saatua tukea interventioiden toteuttamiseen.	N = 315 kunnallisen perusterveydenhuollon sairaanhoitajaa, yleislääkäreitä sekä asiakkaita Verkkokyselynä toteutettu poikittaistutkimus	59% mielestä elintapainterventiot olivat olennainen osa hoitoa ja 77% vastanneista halusi keskittyä enemmän elintapaohjaukseen. Johto kannusti ohjaukseen mutta resurssit olivat niukat eivätkä rakenteet tukeneet ohjauksen antamista.
5	Westland, Koop, Schröder, Schuurmans, Slabbers, Trappenburg & Vervoort 2018	Liikunnallista aktiivisuutta lisäävien interventioiden käyttökelpoisuuden arviointi asiakkaille, joilla on todettu kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin	N=14 sairaanhoitajaa Satunnaistettu vertailukoe: kvalitatiivinen haastattelututkimus	Sairaanhoitajat koulutettiin intervention toteuttamiseen. He kehittyivät ammatillisesti ja ovat innokkaita käyttämään interventiota myös jatkossa.
6	Jansink, Braspenning, Van der Weijden, Elwyn & Richard 2010 Hollanti	Selvittää, mitä haasteita sairaanhoitajat kokivat elintapaohjauksen antamisessa tyypin 2 diabetestä sairastavalle asiakkaalle. Elintapaohjaukseen sisältyi liikunta-neuvonta. Tämän pohjalta on tarkoituksena	N = 12 sairaanhoitajaa Videoitu kvalitatiivinen teema-haastattelu	Eniten haasteita koettiin asiakkaan tiedoissa sekä kyvyssä havainnoida realistisesti omia elintapoja. Heikko motivaatio uusien elintapojen omaksumiseen ja tuloksien säilyttäminen koettiin haasteellisiksi. Lisäksi raportoitii puutteellisista ohjaustaidoista ja vähäisestä käyt-

		toimeenpanna strategia, joka kehittää elintapaohjausta.		tettävästä ajasta ohjaukseen, mikä heikensi tehokkuutta.
7	Poskiparta, Kasila, Kiuru 2006 Suomi	Tutkia elintapakeskustelun aloituksia ja argumentteja, joita käytettiin keskustellessa fyysisestä aktiivisuudesta ja ravitsemuksesta sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolla diabetespotilaita hoidettaessa.	N = 17 sairaanhoitajan tai lääkäriä Tietoja kerättiin videoimalla 219 otosta ja sisältö analysoitiin keräämällä liikuntaan ja ravitsemukseen liittyviä kommentteja keskustelun aikana	Sairaanhoitajat ja lääkärit käyttivät vain vähän aikaa vastaanotolla liikuntaneuvontaan. Ohjauksen aikana kysyttiin lyhyitä kysymyksiä eikä annettu juurikaan palautetta. Ammattilaiset eivät onnistuneet korostamaan elintapamuutoksen tärkeyttä diabeteksen hoidossa. Ammattilaisilta jäi myös usein selvittämättä, mitkä tekijät kannustavat ja mitkä tekijät estivät liikumista.

Liite 2. Luokittelutaulukko

Ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Sairaanhoitajilla ei ollut riittävästi tietoa liikunnan vaikutuksista</p> <p>Hoitokeskustelut olivat rutiininomaisia eivätkä ne herättäneet kiinnostusta.</p> <p>Kysymykset jäivät pinnallisiksi, kun keinoja syvällisempien kysymyksien esittämiseen ei ollut.</p> <p>Liian syvällistä tietoa tarjottiin liian nopeasti eikä sitä osattu soveltaa asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi.</p>	osaaminen	ohjausvalmiudet
<p>Sairaanhoitajat kiirehtivät keskusteluissa asiakkaiden edelle ja asettivat vääriä tai liian korkeita tavoitteita elintapamuutokselle.</p> <p>Sairaanhoitajilla oli taipumus etsiä ratkaisuja, kun heidän edessään istuvan</p>	ammattillinen vastuu	

<p>henkilön olisi pitänyt työskennellä tilanteessa ahkerammin.</p> <p>Sairaanhoitajat kokivat ammatillista vastuuta neuvoa asiakasta tarkasti ja tarjota yksinkertaisia neuvoja elintapojen muuttamiseen.</p>		
<p>Yleisesti ottaen asiakkaan onnistuminen fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä koettiin palkitsevana, mikä lisäsi tyytyväisyyttä työntekoa kohtaan, mikä johti ohjaukseen sitoutumiseen.</p> <p>Asiakkaan heikko motivaatio hoitoon saattoi puolestaan johtaa omien taitojen kyseenalaistamiseen, millä saattoi olla negatiivisia vaikutuksia ohjaukseen.</p> <p>Sairaanhoitajien oli vaikea kuunnella tarkkaavaisesti ja olla kärsivällisiä, jos he olivat stressaantuneita.</p>	tunteet	
<p>Osa sairaanhoitajista raportoi, ettei heillä ollut motivaatiota toistaa samaa viestiä varsinkaan silloin, jos he uskoivat vain vähän tai ei ollenkaan asiakkaan kykyyn muuttaa elintapoja.</p> <p>Turhautuminen oli voimakkaita ammattilaisilla, jotka näkivät elintapaohjauksen ennestään haastavana menetelmänä.</p>	sitoutuminen ohjaamiseen	
<p>Liikuntaneuvonnan antamiseen käytettiin vain vähän aikaa eikä liikunnan tärkeyttä korostettu ohjauskeskusteluissa.</p> <p>Sairaanhoitajat kokivat elintapauksen olevan haastavinta ja käyttivät ajan mieluummin helpompien asioiden käsittelyyn.</p>	ajankäyttö	
<p>Asiakkailla oli vain vähän tai ei ollenkaan motivaatiota muuttaa liikuntatottumuksiaan.</p> <p>Heikon hoitomyöntyvyyden ajateltiin liittyvän myös välittömien tulosten</p>	hoitomyöntyvyys	hoitoon sitoutuminen

<p>puutteeseen ja repsahduksen saattoivat kieliä vaikeuksista hallita elämää stressaavissa tilanteissa.</p> <p>Elinvuosia ei nähty itseisarvona.</p>		
<p>Asiakkaat eivät ymmärrä liikkumattomuudesta aiheutuvia riskejä.</p> <p>Asiakkaat tuntevat yleensä liikunta-suositukset mutta heillä on vaikeuksia soveltaa tätä tietoa käytäntöön.</p> <p>Asiakas ei tunnista riskikäyttäytymistään.</p>	ymmärrys	
<p>Vaikka perusterveydenhuolto toimii sairauksien etulinjassa, suurin osa resursseista kohdistetaan sairauksien hoitoon.</p> <p>Vaikka elintapaohjauksen todettiin olevan tehokasta, ohjaukseen ei löytynyt riittävästi aikaa.</p>	resurssien kohdistaminen	
<p>Organisaation päättäjät kokevat, että heillä ei ole juuri mahdollisuuksia vaikuttaa ennaltaehkäisevän työn edistämiseen.</p> <p>Pidemmän aikavälin investoinnit elintapaohjaukseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön ovat ongelmallisia pidemmällä aikavälillä organisaatioille, joiden odotetaan tuottavan tuloksia lyhyellä aikavälillä.</p>	vaikeus muuttaa toimintaa	käytössä olevat resurssit
<p>Suurimpana haasteena on kehittää ohjausmalleja nykyisillä resursseilla, joka kattaisi myös ammattilaisten kouluttamisen.</p> <p>Hoitohenkilökunnan aika ei riittänyt toimintamallien kehittämiseen.</p>	toimintamallien kehittäminen	